

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

François BRIFFAZ

LES RAPPORTS CLINIQUES

ENTRE LA

PHTHIRIASE DE LA TÊTE

Et quelques Affections oculaires externes

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

Juges { MM. POZZI, professeur
RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur
JEANNIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	BAR
	RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON (FERRE)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon amour
filial et de ma reconnaissance*

A MES SOEURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NEVEUX ET A MA NIÈCE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Nous parlerons surtout de la kérato-conjonctivite phlycténulaire ; nous n'avons pas même l'intention d'en faire une étiologie complète. Cette affection si controversée, au point que quelques auteurs entrevoient la possibilité de la démembrer au nom de l'anatomie pathologique, présente, aussi, bien des obscurités, quand on envisage ses causes. On la fait dépendre surtout de l'état général du sujet : les recherches bactériologiques, l'expérimentation n'ont pas donné beaucoup de résultats jusqu'ici ; et même, les considérations cliniques tendent à faire rejeter sa nature contagieuse. Notre modeste travail a pour but d'apporter une contribution à ces études, en cherchant à montrer le rapport fréquent qui existe entre la pédiculose de la tête et la kérato-conjonctivite. Nous aurons aussi quelques observations de conjonctivites subaiguës banales, de blépharites associées ou non. Ces observations nous occuperont moins, par le fait même qu'elles ne sont pas assez nombreuses. Car notre argumentation repose davantage sur le nombre des choses observées que sur toute autre donnée.

Auparavant, nous tenons beaucoup à remercier M. le professeur de Lapersonne de l'insigne honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse. Il nous a de plus mis en

relations avec son assistant, le Dr H. Joseph, qui nous a donné l'idée de ce travail, et nous a fourni la majorité des éléments dont nous disposons. Qu'il veuille bien lui aussi accepter tous nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance.

N'oublions pas, bien que nous ayons quitté la Faculté de Lyon, tous nos bons maîtres de là-bas. Nous leur devons presque toutes nos notions de médecine et de chirurgie générales : surtout aux chefs des services où nous avons accompli nos trois années d'externat : MM. les professeurs Rollet, Pic et A. Pollosson ; MM. les professeurs agrégés Bérard et Vallas ; M. le docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux de Lyon.

Un bon souvenir à tous nos amis, à tous ceux à qui nous pensons beaucoup, et dont les conseils et le soutien généreux ont tant contribué à nous rendre supportables la difficulté et la longueur des études médicales.

LES RAPPORTS CLINIQUES
ENTRE
La Phthiriasse de la Tête
Et quelques affections oculaires externes

CHAPITRE I

Introduction

Il y a certes bien longtemps qu'on a pensé aux rapports entre la phthiriasse et les affections externes de l'œil. Les anciens les connaissaient bien. Celse (1) par exemple parle, dans la phthiriasse, de l'ulcération des yeux et de la perte de la vue. Galien (2), Paul d'Egine (3), puis A. Paré (4), Guillemeau (5), Maître Jean (6) expriment les mêmes idées,

-
1. Celse. *Maladies des yeux*, livre VI.
 2. Galien. Edition de 1830, volume XIX.
 3. Paul d'Egine. *Opina omnia*, 1550.
 4. A. Paré. Livre XX, Chapitre VI.
 5. Guillemeau. *Traité des maladies de l'œil*, 1585.
 6. Maître Jean. *Traité des maladies de l'œil*.

ainsi que tous les auteurs des ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles. Mais on ne doit guère tenir compte de leurs relations, parce que pour eux la phthiriasse n'était pas ce qu'elle est pour nous. Il faut arriver jusqu'à Rayer, puis à Bazin, à Hardy, pour que le mot de phthiriasse réponde à une réalité; de plus les auteurs précédents pensaient plutôt au morpion dans les observations qu'ils nous ont laissées; c'est sa petite forme plate qu'ils y décrivent.

Vers 1890, les travaux de Jullien (1), de Burdin (2), de Guyard (3), ont fait de la blépharite ciliaire provoquée par le phthirius pubis une notion scientifiquement acquise. Mais, en ce qui nous concerne, la bibliographie est bien réduite, autant dire qu'elle n'existe pas. Malgré son observation empruntée au Dr Lagrange et à Burdin, Guyard va même jusqu'à absoudre le *pediculus capitis* de tout méfait oculaire. Galezowski (4), Panas (5) en font autant. On ne trouve, dans les ouvrages les plus récents, que des phrases contenant implicitement la question. De Wecker et Landolt disent par exemple : « Dans une certaine classe, on peut rencontrer les cils des paupières affectés de poux, et même de poux du pubis. » Bock et Lagrange (6) pensent que dans la phthiriasse palpébrale, les poux de tête

1. Jullien. *Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris, 1891.

2. Burdin. Thèse de Bordeaux, 1892.

3. Guyard. Thèse de Paris, 1894.

4. Galezowski. *Traité des maladies des yeux*, 1888.

5. Panas. *Traité des maladies des yeux*, 1894.

6. In Lagrange et Valude. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, 1906, t. V, p. 770.

coexistent ordinairement avec le morpion, et sont exceptionnellement seuls. Truc et Valude (1) donnent un grand rôle à la malpropreté et à l'état général dans l'étiologie des ophtalmies phlycténulaires : la statistique de la clinique de Montpellier leur a donné 12 0/0 de ces affections, contre 3 0/0 seulement dans la clientèle privée. D'autre part (1), ils disent que les poux de corps ont été observés sur les paupières, les poux du pubis dans les sourcils et la barbe : et c'est tout. L'*Encyclopédie française d'Ophtalmologie* (2), consacre un article spécial aux parasites animaux de l'œil, sans citer le pou de tête.

C'est en somme à propos du traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire que les auteurs spéciaux nous donnent le plus de renseignements. Tous y parlent de la malpropreté générale, et en particulier des infections cutanées qui, comme l'impétigo par exemple, peuvent succéder à la phthiriasse de la tête. Tous sont d'accord pour voir là une des causes déterminantes de la maladie, puisque tous recommandent d'y porter remède par un traitement approprié. Ils ordonnent les soins de propreté généraux, l'hygiène du corps et de la tête. Ils font enlever cette « croûte de lait » que trop de mamans, par une interprétation à rebours de la réalité, ont peur de voir « tomber sur les yeux » de leurs enfants. Chez les petits garçons, où cette mesure ne rencontre aucune difficulté,

1. Truc, Valude et Frenkel. *Nouveaux éléments d'ophtalmologie*, 1908, p. 491.

2. Truc, Valude et Frenkel, *Loc. cit.*, p. 286.

3. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. IV.

chez les fillettes encore jeunes quand les autres moyens ont été insuffisants, ils font faire à la tondeuse la coupe rase des cheveux qui cachent lentes et parasites.

M. le Dr H. Joseph, le premier, a groupé et étudié comme ils le méritaient un certain nombre de faits recueillis à la Policlinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Son travail a été présenté à la Société d'Ophtalmologie de Paris, le 3 décembre 1907, par le professeur de Lapersonne.

CHAPITRE II

Le parasite. La maladie oculaire

I. — *Le parasite*

Il est inutile de décrire le *Pediculus capitis* : ses caractéristiques se trouvent dans tous les ouvrages de parasitologie ou de pathologie cutanée. Nous ne donnerons que quelques traits de sa vie. Son diagnostic en effet n'est pas difficile : il suffit de le voir. Il peut tout juste se confondre exceptionnellement avec de gros morpions, puisque ceux-ci peuvent envahir les cheveux et les cils, sans même exister dans la région génitale. Au besoin, on doit s'aider de la loupe. Et alors on verrait le *Phthirius pubis* plus petit de moitié, mais aussi large que long ce qui lui donne un aspect aplati ; il est plus rougeâtre ; sa tête s'enfonce dans le thorax, et celui-ci ne forme qu'une seule pièce avec l'abdomen ; le contour général est triangulaire et non plus ovalaire ; le dos est bombé avec des rayures brunes transversales, sur fond jaune. Le phthirius pubis est le seul représentant du genre : c'est en somme à tort qu'on dénomme phthiriasc la pédiculose de la tête. Le *pediculus capitis* est plus grand : le femelle mesure 2 mm. 7

de long sur 1 millimètre de large ; le mâle est un peu plus petit. Sa taille dépasse donc de beaucoup celle des plus gros échantillons connus du phthirius pubis, qui atteint rarement 2 millimètres. La coloration du pou de tête est gris cendré ; l'abdomen est nettement séparé du thorax. Quand on écarte les cheveux, on voit facilement les parasites croiser sur le cuir chevelu. Ils ne vont guère ailleurs. Néanmoins, on les trouve avec une fréquence relative dans les sourcils ou la barbe. Lydston (1) les a signalés une fois dans la région génitale, chez une jeune fille qui se plaignait de prurit vulvaire ; mais c'est une exception. Il est possible qu'au début d'un traitement insecticide par exemple, le pediculus fuie le crâne, pour se répandre en plus grande quantité sur le visage : c'est l'opinion de Cordier, cité par Guyard.

Il arrive souvent qu'on ne trouve pas de parasite adulte au premier examen : cet examen d'ailleurs peut être quelquefois ennuyeux pour l'observateur, et surtout pour le malade ou ses parents dont il semble reprocher la négligence ; ou bien la chevelure peut être si touffue qu'on s'y perd. Ce sont les lentes qui mettent sur la piste d'une légère pédéculose. On sait que la femelle du pou pond une cinquantaine d'œufs piriformes ou lentes, de couleur nacré, longs d'un peu moins d'un millimètre, et qui sont fixés obliquement sur les cheveux en y adhérant grâce à un enduit chitineux. Ces œufs sont d'abord très près de la peau du crâne, puis ils s'en éloignent avec la croissance du cheveu, dont ils déterminent l'âge de cette façon. Les lentes

1. Lydston. *Journal of cutaneous and gen. ur.*, 1902, p. 394.

sont faciles à reconnaître : « il faudrait, dit Gaucher (1), bien peu d'attention pour les confondre avec les pellicules de séborrhée sèche : celles-ci n'ont ni la même forme, ni le même aspect, ni la même adhérence aux cheveux. » Dans le doute, on n'a qu'à se servir de la loupe comme le recommande Jullien, et on a vite fait d'éliminer pellicules ou grains de poussière.

Un mot sur la fréquence des poux de tête dans un certain milieu. Cette question peut avoir son intérêt dans le cas, puisqu'on pourrait s'en servir comme d'un argument contraire à notre thèse. Aubert (2) a trouvé que sur 105 enfants de la clientèle hospitalière, 78 avaient des lentes ou des poux, 18 en avaient eu, et 8 n'en avaient jamais eu. Greene (3), de Boston, sur 736 enfants des écoles primaires, trouve que 26 0/0 n'avaient pas de lentes, 31 0/0 en avaient quelques-unes, 36 0/0 en avaient beaucoup, et 7 0/0 en avaient énormément. Nous verrons l'influence du sexe à propos de la critique de nos observations. D'autre part, les poux sont incontestablement plus fréquents et plus abondants chez les enfants, en particulier sur ceux qui ont des ganglions, des joues grasses mais pâlottes, une peau fine, des chairs molles, qui ont en un mot l'aspect lymphatique ou scrofuleux. Or ce sont les mêmes enfants qui ont le plus souvent des ophtalmies phlycténulaires : nous aurons aussi à discuter l'influence de ce tempérament, pour parler comme les vieux médecins.

Dans nos observations, nous noterons très peu souvent

1. Gaucher. *Leçons sur les Maladies de la Peau.*, t. I.

2. Aubert. *Lyon médical* 1879, p. 318

3. Greene. *Boston medical. and Surg. Journal*, 1898, p. 70.

l'impétigo du cuir chevelu, surtout de la nuque. Cet impétigo signe de lui-même par son siège sa nature parasitaire. On rencontre fréquemment, en même temps que lui, des ganglions à la nuque et dans la région cervico-maxillaire. Nous ne signalerons aucun de ces cas, assez fréquents néanmoins, où les pauvres petits malades ont la tête recouverte d'une véritable calotte purulente, sous laquelle grouille toute une vermine. On a même signalé des faits rares (1), où la mort en est résultée, par une véritable cachexie de résorption toxique, avec fièvre, albuminurie, etc. ; ce qui est moins rare, c'est que les follicules pileux soient détruits, et remplacés par du tissu cicatriciel alopecique.

Nous ne parlerons pas du *Pediculus corporis*, qui se rencontre surtout chez les vieillards et reste surtout dans les plis du vêtement. Un mot seulement des autres parasites de l'œil, pouvant à l'extrême rigueur produire des erreurs de diagnostic. La gale est extrêmement rare au visage : elle peut néanmoins s'y trouver chez les enfants, où, comme le pense Sabouraud, les territoires ne sont pas encore bien séparés (2). Sæmisch (3) a même signalé un ulcère de la cornée dû au sarcopte. Grâce aux autres caractères de la gale, et finalement à l'examen à la loupe de son parasite extrait du sillon, ce n'est vraiment pas la peine de s'arrêter davantage à ce diagnostic ; pas plus qu'à un certain nombre d'insectes qui peuvent également s'attaquer aux paupières : punaises, puces, moustiques, oestrides, etc.

1. Aubert. *Loc. cit.*

2. Sabouraud. *Manuel dermatologique et régional*, 1905.

3. Sæmisch. *Klinisch. monastblatt. f. augenheilk*, 1898.

II. La maladie oculaire

Nous aurons peut-être besoin d'un aperçu rapide de l'affection qui nous intéresse le plus : la *kérato-conjonctivite phlycténulaire*.

Elle se rencontre surtout chez les enfants, quelquefois bien portants, mais le plus souvent scrofuleux. Objectivement et d'une façon schématique, elle est caractérisée par une injection conjonctivale triangulaire, dont le sommet, dirigé sur la cornée, peut l'envahir, et porte une ou plusieurs élevures grosses comme des têtes d'épingle. Ces élevures peuvent s'ulcérer, suppurer, se perforer. Il y a parfois de l'épislérite et même de l'iridochoroïdite. Au point de vue fonctionnel, la sécrétion conjonctivale est augmentée ; le larmoiement, le blépharospasme, la photophobie sont surtout accusés quand il y a des lésions cornéennes. La durée, très variable, peut aller à cinq semaines.

Quelques mots d'anatomie pathologique. Iwanoff (1), le premier, en 1869, a montré que la prétendue phlyctène était formée le plus souvent par un amas de cellules jeunes placées, dans la cornée, entre la membrane de Bowman et l'épithélium cornéen. C'est donc plutôt une *papule* pour prendre une dénomination dermatologique. Wagenmann (2) et Hertel ont confirmé ces résultats. La papule peut néanmoins parfaitement arriver au stade de vésicule, et former une pustule quand le contenu est louche. (Von

1. Iwanoff. *Klin. Monatsblat. f. Augenheilk.*, 1869, p. 462.

2. Wagenmann. XVII^e Congrès de la Société d'Ophthalm. d'Heidelberg, 1897, p. 221.

Michel) (1), Leber (2), après avoir constaté dans le phlyctène, la présence de cellules géantes, s'était demandé si ces lésions ne pouvaient pas être attribuées au transport par voie endogène des bacilles tuberculeux morts, provenant des ganglions cervicaux. Von Michel (*loc. cit.*), n'a pas retrouvé la structure tuberculoïde, mais un petit nodule inflammatoire, centré par une hémorragie ; d'autre part les expériences entreprises par Leber pour confirmer son hypothèse n'ont donné aucun résultat.

C'est qu'en effet, la question étiologique de la kérato-conjonctivite phlycténulaire est encore bien discutée. On connaît quelques-unes des causes, mais que de choses ignorées ! Il est d'abord certain que des conjonctivites aiguës à bacille de Weeks, des conjonctivites pneumococci-ques, etc., peuvent donner des phlyctènes. Mais en s'en tenant, à ce que tout le monde comprend sous la dénomination de kérato-conjonctivite phlycténulaire, que de discussions ! Les travaux d'Axenfeld (3), Leber (4), Straub (5), Fukala (6), Michel (7), ne sont pas parvenus à élucider la microbiologie de l'affection, soit par les coupes colorées (Axenfeld, Leber), soit par les procédés de culture, d'inoculation. On a trouvé le staphylocoque blanc ou doré, asso-

1. Von Michel. *Zeitschrift. f. Augenheilk.*, 1900.

2. Leber. XXIX^e Congrès de la Soc. d'Ophtalm. d'Heidelberg, 1904.

3. Axenfeld. *Ges. f. vater. Kult. Allgm. med. Centralzeitung* 1898, n^o 68.

4. Leber. *Loco citato*.

5. Straub. *Archiv. f. augenheilkunde*, 1892, p. 416.

6. Fukala. *Id.* 1891-1892.

7. Michel. Th. de Bordeaux, 1893.

cié assez souvent au streptocoque, quelquefois au bacille de Weeks, au massué, au bacillus coli communis, etc. Dans les coupes, Leber n'a pas vu les cocci, auxquels on attribuait le rôle prépondérant. Les inoculations n'ont pas réussi. En tous cas, il n'y a pas de conjonctives saines, sur lesquelles on ne rencontre ceux qui ont décrits à propos de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Voici ce qu'on lit à ce propos dans l'*Encyclopédie française d'Ophtalmologie* (1) sous la signature de M. Morax :

« Aucun des parasites accusés ne semble jouer un rôle dans l'étiologie de l'affection. La contagiosité peut encore se discuter, faute de faits ou d'expériences relatives à cette question. Il ne semble pas cependant qu'en se basant sur l'observation clinique, on puisse supposer une transmissibilité de l'affection par le contenu des phlyctènes ou la sécrétion conjonctivale. Bien que la bilatéralité des efflorescences ne soit pas rare, elle est loin de présenter le degré de fréquence qu'on note dans les conjonctivites aiguës. En outre il est rare de voir à la suite de l'apparition d'efflorescence sur la conjonctive bulbaire, se développer une lésion semblable sur le point correspondant de la conjonctive tarsienne. »

Ce qui semble le plus prouvé, c'est l'influence de la scrofule, et parfois de l'arthritisme, sur l'apparition de l'affection. Si bien que, comme on l'a dit, lorsque l'ophtalmologiste voit arriver un de ces malades, automatiquement le mot de scrofuleux tombe de sa bouche. Nous ne nions pas

1. Lagrange et Valude. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, loc. cit.

cette influence de l'état général, pas plus que celui des affections du nez et du naso-pharynx. Kniess (1), Couëtoux (2), Benoit (3), Rohrer (4), etc., ont bien montré le rôle des obstructions nasales, des rhinites, des végétations adénoïdes, dans l'apparition et les récidives de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. Aussi font-ils une campagne ardente en faveur d'un traitement mixte, à la fois nasal et oculaire, de la même façon que nous allons proposer le traitement combiné de la phthiriasis et de l'ophtalmie. Augagneur et Désir de Fortunet vont plus loin : pour eux, la scrofule n'a qu'une médiocre importance, et la kérato-conjonctivite phlycténulaire est une maladie purement externe, succédant dans presque tous les cas à une rhinite, produite elle-même par une inoculation de cause variable.

Nous relatons tous ces faits, pour que l'on ne nous accuse pas de vouloir faire jouer à la phthiriasis un rôle exclusif. Mais dans nos observations nous avons tenu compte de ce qu'ont établi les travaux antérieurs.

Pour les autres affections externes de l'œil, telles que conjonctivites aiguës, subaiguës, blépharites, etc., les microbes sont connus : bacille de Weeks, diplobacille de Morax, pneumocoque, staphylocoque, etc... Elles sont aussi sous la dépendance des causes générales ; chez les blépharites par exemple, la scrofule, le lymphatisme, les causes eczématisantes sont des plus fréquents, et mettent les

1. Kniess. *Traité d'Ophtalmologie*, t. II, Wiesbaden, 1893.

2. Couëtoux. *Ann. d'Oculistique*, p. 279 du t. CXVII.

3. Benoit. *Ann. d'Oculistique*, p. 145 du t. CXXIII, 1900.

4. Rohrer. *Ann. d'Oculistique*, p. 205 du t. CXI.

tissus gonflés en état de moindre résistance aux microbes.

Les vingt-neuf premières observations contenues dans cette thèse appartiennent à M. le D^r Joseph, qui a bien voulu nous les communiquer, ainsi que la trente-septième. M. Joseph avait depuis quelque temps l'attention éveillée sur les rapports de la phthiriasis et des ophtalmies. Il a noté avec soin ce qu'il y avait de plus intéressant, bien que ce soit moins facile chez des malades venant simplement à une consultation très chargée. Les examens rhinoscopiques délicats ont été faits par le D^r Gellé. Les lésions du nez et du naso-pharynx ont été notées sans parti-pris, ainsi que l'impétigo. Quand le malade revenait, on pouvait constater et relever les résultats du traitement.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Raymond G..., quatre ans. Se présente le 21 octobre 1907. Il a eu en septembre 1905 une conjonctivite aiguë ayant duré une quinzaine de jours. Pas de phthiriasse à ce moment là, du moins au dire des parents.

Vers le mois d'août 1907 : blépharo-conjonctivite avec améliorations passagères.

Le 5 octobre, les parents s'aperçoivent que l'enfant a des lentes. La blépharo-conjonctivite est assez intense à ce moment.

Actuellement, blépharo-conjonctivite plus accusée du côté gauche. Petite ulcération de la cornée de l'œil gauche un peu au-dessous et en dehors du centre. Phthiriasse abondante, pas d'impétigo. Fosses nasales normales, mais le naso-pharynx présente des végétations adénoïdes.

Traitement : pommade au calomel, cocaïne, compresses chaudes. On fait couper ras les cheveux.

Revu quelques jours après : on constate la guérison de son ophtalmie, ainsi que de sa phthiriasse.

OBSERVATION II

Charles P..., six ans. Le 27 juillet 1907, le petit malade

présente un ulcère de la cornée, sans pédiculose au dire de la mère, mais il a eu des adénites. Pneumonie il y a un an, du côté gauche.

Actuellement : œil droit : kérato-conjonctivite phlycténulaire en voie de réparation, trois ou quatre taies de la région externe du limbe, irritation conjonctivale, pas de blépharite.

Malgré le port des cheveux courts, on trouve au sommet et en avant du crâne des lentes en moyenne abondance. Pas de gourme, mais des ganglions cervicaux.

Otite moyenne ; ronfle la nuit et dort la bouche ouverte.

On lui donne le traitement signalé à l'observation I et que nous désignons une fois pour toutes par les mots de traitement habituel. Le malade n'a pas été représenté.

OBSERVATION III

Jean P..., dix ans. Se présente le 18 mai 1907 à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour de la kérato-conjonctivite des deux yeux, durant depuis un an. Il a quelques poux. Pas d'impétigo.

Traitement habituel. Ne s'est pas représenté.

OBSERVATION IV

Jean H..., quinze ans.

Vient à la consultation le 8 juillet 1907 avec une kérato-conjonctivite phlycténulaire datant de huit jours. Il est d'autre part atteint d'une légère phthiriasse. Pas d'impétigo.

Traitement habituel. Revient le 12 juillet avec une grosse amélioration de son œil, et n'a plus de parasites.

OBSERVATION V

Suzanne G..., trois ans.

A eu une kérato-conjonctivite à dix-sept mois, puis guérison qui s'est maintenue pendant un an et demi.

Actuellement kérato-conjonctivite phlycténulaire, et lentes dans les cheveux (18 mai 1907). Pas d'impétigo.

Le 23 mai, la mère ramène son enfant, à laquelle on n'avait rien fait pour ses poux et qui présente une ulcération cornéenne. Elle-même a une conjonctivite phlycténulaire, et des lentes dans les cheveux.

Les deux malades suivent le même traitement et se représentent complètement guéries en juin.

OBSERVATION VI

Madeleine M..., cinq ans.

La petite malade a eu une kératite à quatorze mois. L'œil droit a eu une perforation et est atrophié avec un leucome adhérent; L'œil gauche est guéri avec quelques taies cornéennes.

Le 27 octobre 1906, on l'amène à la consultation avec une kératite gauche phlycténulaire, et un ulcère situé à la partie inférieure. Phthiriasis. Pas d'impétigo.

Revue le 4 novembre, tondue et guérie.

OBSERVATION VII

Alexandrine B..., six ans.

Le 12 juillet 1907, la malade accuse une kérato-conjonctivite

évoluant depuis quinze jours. On ne trouve pas de parasites dans ses cheveux, mais beaucoup de lentes.

On lui prescrit le traitement en usage, mais on ne l'a pas revue.

OBSERVATION VIII

Lucienne L..., sept ans.

Première poussée, il y a trois mois, de phthiriasse et de conjonctivite. Tondue et guérie.

Aujourd'hui, 3 juin 1907, elle a une conjonctivite phlycténulaire bilatérale. Les parasites accusent leur présence dans les cheveux repoussés par un grand nombre de lentes. N'est pas revenue.

OBSERVATION IX

Lucie C... huit ans.

Il y a un mois, elle a eu des poux, et en même temps, une kérato-conjonctivite phlycténulaire avec deux phlyctènes sur la cornée, injection conjonctivale intense, larmoiement et photophobie. Quelques croûtes d'impétigo du cuir chevelu, de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Ganglions de la nuque et de l'angle maxillaire.

Le 7 novembre 1907, quelques poux et beaucoup de lentes. Pas de phlyctènes. Blépharo-conjonctivite, avec croûtelles sur les cils, injection conjonctivale.

Guérie par le traitement.

OBSERVATION X

Germaine C..., huit ans.

En 1905, a déjà eu une kératite phlycténulaire des deux côtés.

Le 1^{er} juin 1907, nouvelle poussée avec petit ulcère central dans l'œil droit, deux petites taies à côté de l'ulcère, une troisième un peu plus loin.

Œil gauche : taie paracentrale.

Conjonctives palpébrales très injectées ; région ciliaire douloureuse. Photophobie.

Phthiriasse abondante. Traitement habituel. N'est pas revenue.

OBSERVATION XI

Angèle G..., huit ans.

Début de l'affection il y a trois jours ; œil droit : lésions pustuleuses du côté externe et intéressant le limbe. Trois pustules séparées d'à peu près un millimètre, la médiane présentant une surface double des autres pustules. Elles empiètent à peine sur la cornée. Riche vascularisation épisclérale entourant ces pustules.

Œil gauche : Une pustule sur le bord externe et inférieur du limbe. Injection épisclérale.

Péculose abondante. N'a jamais eu d'impétigo. Présente des adénites cervicales.

OBSERVATION XII

Elise V..., huit ans.

Ophthalmie depuis dix-huit mois ; on avait déjà remarqué la péculose, mais on ne l'avait pas traitée.

Le 7 novembre 1907, on institue le traitement combiné de l'ophthalmie et du parasitisme. L'affection oculaire s'améliore dès lors rapidement.

N'a jamais eu de gourme.

OBSERVATION XIII

Charlotte Pl..., neuf ans.

Sa mère l'a déjà amenée en 1904 à la consultation, où on a fait le diagnostic de kératoconjonctivite, sans s'arrêter à la phthiriase.

Actuellement, trois ans après, l'œil droit présente des taies anciennes ; l'œil gauche, une kératite phlycténulaire avec une légère blépharite. Beaucoup de poux, et la mère remarque volontiers que chaque fois que leur nombre a augmenté, l'ophtalmie s'est aggravée. N'a jamais eu de gourme.

Le traitement habituel lui a bien réussi.

OBSERVATION XIV

Eugénie L..., neuf ans.

La mère fait débiter l'ophtalmie à un mois ; elle n'a remarqué la phthiriase qui s'accuse par de nombreuses lentes, que depuis huit jours. Pas d'impétigo.

Kératite phlycténulaire marginale de l'œil gauche. Photophobie intense.

OBSERVATION XV

Charlotte Pa., dix ans.

Légère blépharite avec irritation conjonctivale. Phthiriase. Pas revue.

OBSERVATION XVI

Germaine D... dix ans.

A mal aux yeux depuis quinze mois.

Actuellement (3 juin 1907) l'œil gauche présente une kérato-conjonctivite avec une petite ulcération de la partie interne de la cornée. L'œil droit porte un phlyctène à la partie interne du limbe, une autre à la partie supéro-interne : à côté de cette dernière une petite ulcération. Photophobie intense. Phthiriase. Pas revue.

OBSERVATION XVII

Laure B., onze ans .

Etant à la campagne, en 1905, elle a déjà eu une kératite phlycténulaire. En 1907, elle retourne à la campagne chez sa tante, et prend des parasites en jouant avec d'autres enfants. Elle revient le 7 octobre et a une nouvelle poussée de kératite le 9. Elle n'a jamais eu d'impétigo du cuir chevelu, mais en a dans les fosses nasales, où elle met d'ailleurs souvent ses doigts.

OBSERVATION XVIII

Fanny R..., douze ans. Blépharoconjonctivite des deux yeux et phthiriase nette. Pas revue.

OBSERVATION XIX

Blanche B..., douze ans.

Kérato-conjonctivite phlycténulaire de l'œil gauche ; adénite

indolore du même côté. Nombreuses lentes sur la tête. Pas d'impétigo. Elle n'est pas revenue.

OBSERVATION XX

Marthe B..., quatorze ans.

Kérato-conjonctivite de l'œil gauche. Légère phthiriasse. Lésions d'un cornet à gauche.

OBSERVATION XXI

Marie R..., quinze ans.

En 1904 et 1905, elle a déjà eu des poussées de kératite sans qu'on se soit préoccupé de la phthiriasse.

En février 1907, la phthiriasse est reconnue quelques jours avant une nouvelle poussée. La kératite reparaît plusieurs fois en mai et juin. En août 1907, une nouvelle poussée très légère, sans qu'on remarque de lentes, sur lesquelles pourtant l'attention est appelée. Mais à la fin de septembre, on voit réapparaître les poux, et quelques jours après, la kératite.

OBSERVATION XXII

Isabelle D..., seize ans.

Elle se présente en accusant des picotements le soir, et elle a les yeux collés le matin au réveil. Elle présente une légère hypermétropie et n'a pas d'astigmie.

Légère blépharite, avec quelques croûtelles sur les cils ; à peine un peu de conjonctivite, pas de kératite.

La pédiculose se traduit par des lentes assez nombreuses.
Pas d'impétigo.

OBSERVATION XXIII

Marthe C... seize ans.

Conjonctivite phlycténulaire de l'œil gauche ; quelques lentes surtout du côté gauche. Guérison par le traitement habituel.

OBSERVATION XXIV

N..., âgée de 16 ans.

Malade de famille aisée, sans antécédents. Elle présente une première poussée de kérato-conjonctivite en juin 1906, et l'affection fut longue à guérir. On ne pensa pas alors à la phthiase, mais on fit soigneusement l'examen rhinologique qui ne montra que des organes tout à fait normaux.

En septembre 1906, nouvelle poussée.

En avril 1907, la malade revient de la campagne avec une troisième kératite. On pense finalement à la pédiculose, et on la trouve. La mère dit alors très bien qu'en effet, elle l'avait, elle aussi, constatée à différentes reprises sans qu'elle puisse rapprocher exactement les dates, de celles des poussées de l'ophtalmie ; mais elle prenait soin d'une façon particulière de la chevelure de sa fille, qui moins bien surveillée à la campagne s'est infestée à nouveau. Depuis, la jeune fille n'a plus eu de poussées.

OBSERVATION XXV

Joséphine V..., dix-sept ans.

Orgeolet de l'œil gauche et réaction conjonctivale. Poux et lentes. Un peu d'acné.

OBSERVATION XXVI

Angèle T..., dix-huit ans.

Depuis huit jours, kérato-conjonctivite de l'œil gauche. Phthiriasis. N'est pas revenue.

OBSERVATION XXVII

Marie C..., dix-neuf ans.

Kérato-conjonctivite et phthiriasis. N'est pas revenue.

OBSERVATION XXVIII

Ernestine M..., vingt-deux ans.

Kérato-conjonctivite et phthiriasis. N'est pas revenue.

OBSERVATION XXIX

Amélie B..., trente ans.

La malade a déjà été soignée à l'Hôtel-Dieu en 1905 pour kératite interstitielle avec irido-choroïdite.

Elle se présente le 8 novembre 1907 avec trois phlyctènes de la partie inféro-externe de l'œil gauche. Elle a des lentes en quantité assez considérable ; ses deux premiers enfants n'ont jamais eu mal aux yeux, et c'est à l'occasion de son troisième accouchement qu'elle s'est négligée, et que sa chevelure s'est infestée.

OBSERVATION XXX

D... Jeanne, trente-deux ans.

Se présente à la consultation le 22 juin 1908 en accusant des picotements le soir, et une légère sécrétion qui lui colle les paupières au réveil.

Légère blépharite, quelques croûtelles dans les cils, mais sans poux ni lentes (même à la loupe). Presque pas de réaction conjonctivale. Réfraction normale.

Son petit garçon qui l'accompagne ayant des poux, on est amené à examiner plus sérieusement la chevelure de la mère, et on la trouve légèrement infestée, de lentes surtout ; elle-même dit avoir eu des poux, il y a un mois.

OBSERVATION XXXI (Personnelle)

Olga C..., cinq ans et demi.

Elle est conduite par sa mère à la consultation le 17 juin 1907, parce que depuis quinze jours, elle a les paupières rouges à leur bord, d'apparence sale, et un peu collées au réveil. On constate en effet une blépharite ciliaire assez légère, et un peu de réaction conjonctivale. Les croûtelles ne contiennent ni lentes, ni parasites, mais les cheveux n'en ont pas mal. Il y a absence complète d'impétigo, de ganglions, de végétations adénoïdes. La réfraction est normale.

OBSERVATION XXXII (personnelle)

Jean X..., dix ans.

Le petit malade se présente le 18 juin 1908, à la consul-

tation ophtalmologique. Depuis deux jours, il souffre de l'œil droit, et en effet à son niveau, on voit sur la conjonctive bulbaire, en dehors de la cornée, et n'atteignant pas le limbe, une belle injection triangulaire dont le sommet interne se termine par la phlyctène classique. Il n'y a rien sur la cornée. Les symptômes inflammatoires et nerveux (blépharospasme, photophobie) ne sont pas très accusés.

L'enfant a l'air vigoureux, il ne présente pas de lésions du naso-pharynx, il respire par le nez sans difficulté. Mais en revanche, bien qu'il ait les cheveux courts, il a des lentes surtout aux régions temporales.

OBSERVATION XXXIII (personnelle)

Juliette L..., âgée de dix-neuf ans se présente le 18 juin 1908 une petite conjonctivite phlycténulaire de l'œil droit, avec une légère taie de la cornée, reliquat d'une première attaque. En cherchant soigneusement, on trouve des lentes dans ses cheveux. Elle n'a aucune trace d'impétigo, ni d'affection nasopharyngienne.

OBSERVATION XXXIV (personnelle)

Alice T..., vingt quatre ans.

La malade a eu une forte poussée de kérato-conjonctivite phlycténulaire bilatérale, pour laquelle elle est venue consulter le 23 mai 1908 : son affection datait du 6, et au moment de l'examen elle présente un peu d'irido-choroïdite de l'œil gauche. A ce moment là, on lui a trouvé des parasites et des lentes.

En juin, elle revient presque complètement guérie, et n'a plus de phthiriasse. Il ne persiste guère qu'une petite taie cornéenne.

OBSERVATION XXXV (personnelle)

T..., âgée de huit ans (le 20 juin 1908).

L'examen révèle un peu de conjonctivite banale, et une phthiriasse assez abondante.

OBSERVATION XXXVI

(Portée sous le n° 24 dans la thèse de Burdin : Bordeaux 1892.)

Camille B..., petit garçon de deux ans, est amené à la consultation de M. le Dr Lagrange, le 30 septembre 1892. Cet enfant présente les symptômes d'une blépharite légère. Rougeur des bords palpébraux peu intense : les démangeaisons sont assez vives. Les paupières sont garnies de poux et de lentes. Certains cils en présentent des séries échelonnées de la base à l'extrémité des poils. M. Lagrange croit pouvoir affirmer qu'il s'agissait dans ce cas du *Pediculus capitis*. Mais toutefois, il n'a pas examiné le parasite au microscope.

Le traitement antiparasitaire : enlèvement des parasites et des lentes à la pince, lavage à l'eau vinaigrée, pommade janne, etc. ont complètement guéri le malade.

OBSERVATION XXXVII

(Due à l'obligeance de M. Joseph.)

Marie P..., treize ans, vient consulter parce qu'elle a la paupière inférieure gauche gonflée et rouge. En effet, en pressant à l'angle interne, on refoule une assez grosse quantité de pus. Elle présente en même temps de la blépharite ciliaire et une ulcération de la cornée gauche. On lui dit de revenir le lendemain ; mais elle n'est pas revenue.

Phthiriase.

OBSERVATION XXXVIII (Personnelle)

Louise L..., âgée de cinq ans et demi. La mère l'amène en juin 1908 parce qu'elle se plaint des yeux depuis quelques jours, et qu'elle les ferme fortement en pleine lumière. La petite malade présente sur l'œil gauche l'injection conjonctivale triangulaire qui empiète sur la cornée, où elle est terminée par la phlyctène presque centrale.

Le larmolement et la photophobie sont assez prononcées. Rien du côté des paupières, sauf naturellement le blépharospasme, quand on fait regarder une lumière un peu vive.

La malade a des poux et des lentes. Elle est un peu pâlotte, mais ne tousse pas et n'a pas de ganglions. Nous ne trouvons rien du côté du nez ou du nasopharynx. Elle n'a pas la bouche ouverte, dort bien la nuit et la mère n'a pas remarqué qu'elle ronfle trop. Pas d'impétigo.

OBSERVATION XXXIX (Personnelle)

Violette C..., six ans. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels, sauf une rougeole, il y a quatre ans. Elle ne tousse pas du tout et présente l'aspect d'une fillette forte et bien tenue.

Quand elle vient consulter, le 29 juin 1908, il y a quinze jours que ses yeux lui font mal. On constate sur l'œil gauche une injection externe et inférieure de la conjonctive. Cette injection se continue jusque sur le limbe de la cornée, où se trouve une petite taie. Larmolement et photophobie assez prononcés.

Quand on demande à la mère si son enfant n'a pas eu de poux, elle se défend énergiquement en disant que si il y en a eu, il y a six mois il n'y en a plus maintenant. Néanmoins on trouve, surtout du côté gauche de la nuque, par conséquent du côté malade, une assez grande quantité de lentes.

Pas de troubles de réfraction.

Rien au nez, ni au naso-pharynx.

Pas d'impétigo, ni de ganglions.

On lui prescrit le traitement habituel.

OBSERVATION XXXX (Personnelle)

Germaine R..., dix ans.

La mère la montre parce qu'elle est myope, le 29 juin 1908. C'est une cliente de deux années, qui a déjà eu plusieurs poussées de conjonctivite phlycténulaire: ces poussées ont laissé persister une certaine rougeur de la conjonctive. La mère

accorde volontiers qu'elles ont coïncidé avec la présence de poux sur la tête : aussi surveille-t-elle sa fille à cet égard.

Rien au nez et au naso-pharynx.

N'a jamais eu d'impétigo.

CHAPITRE IV

Critique des Observations et Essai de Pathogénie

I. — Le dépouillement de nos observations nous permet dès à présent de noter quelques particularités :

1° Nous pouvons remarquer *d'abord le plus grand nombre de faits ayant trait aux petites filles* : on trouve même des jeunes filles d'une vingtaine d'années, et comme dans les observations V, XXIV et XXX, des femmes ayant dépassé la trentaine. Nous n'avons que six observations de garçons, les quatre premières, et les observations XXXII et XXVI. C'est assez facile à interpréter. L'infestation est plus facile dans les longs cheveux ; les mamans sont toujours en contact avec leurs enfants et peuvent prendre facilement leurs parasites. Une fois le terrain occupé par les poux, il va être difficile de les déloger ; il faut un travail soigneux, mèche par mèche, et même quand il y a quelquefois la bonne volonté, c'est le temps qui manque. D'autant plus qu'il est impossible de couper ras les cheveux, ce qui facilite tant la besogne chez les petits garçons. A la rigueur, on peut faire subir ce traitement aux petites filles de quelques années : leur coquetterie n'a encore rien à

y perdre, et c'est assez facilement accepté des parents. Passé dix ans, la chose est bien plus difficile, à moins d'un parasitisme exagéré, ou de cette calotte purulente dont nous avons parlé, et qui force la main.

Nous n'avons naturellement que des observations prises dans la classe pauvre, puisqu'elles proviennent d'une consultation à l'Hôtel-Dieu. Une seule a trait à une malade de famille aisée (obs. XXIV). Elle est très intéressante de ce chef. D'autant plus que la jeune malade a été très bien examinée à tous les autres points de vue : scrofule, hérédité spécifique, végétations adénoïdes ; on ne trouvait rien jusqu'à ce qu'on ait pensé à regarder les cheveux, pour expliquer les récidives de son affection.

2° *La phthiriose*, nous l'avons dit, est souvent discrète et demande à être cherchée : le malade n'accuse même pas de prurit, pas plus que n'importe qui. On ne voit pas de parasite adulte ; ce que l'on trouve, ce sont *les œufs* et naturellement ils suffisent bien pour ne plus laisser douter un seul instant. Les adultes sont peut-être dans un coin du cuir chevelu, où on les trouverait en fouillant partout avec insistance ; ou bien la toilette qu'a fait subir la mère à sa petite fille, le coup de brosse final les ont chassés en grande partie. Les lentes, au contraire, tiennent solidement ; et ce n'est pas un cardage de la chevelure au peigne fin, juste avant de venir, qui les fait partir, même s'il a semblé très soigneux. Ces lentes sont faciles à distinguer, nous l'avons vu : pour les apercevoir, il n'y a qu'à fouiller un peu, en écartant des doigts les cheveux de la nuque, de la région temporale, du sommet du crâne, etc. On les aperçoit alors collées plus ou moins loin de la racine. Nous avons remarqué,

sans y attacher plus d'importance qu'il ne faut, que les œufs du parasite étaient assez fréquemment plus nombreux du côté de la tête correspondant à l'œil malade, par exemple dans les observations XXXIX et XXIII. Peut-être, le pediculus agit-il davantage sur cet œil, parce qu'il en est plus rapproché.

3° Il est curieux de constater combien *peu souvent nous avons noté la gourme*, même sous forme de petites plaques d'impétigo. Les auteurs pourtant semblent attacher beaucoup plus d'importance aux lésions secondaires, comme celles-là, qu'au parasitisme lui-même : pour eux, l'infection cutanée se transporterait aux yeux, soit spontanément par contiguïté, soit par l'intermédiaire des doigts du malade, qui touche ou gratte ses paupières ou sa conjonctive, après sa plaque d'impétigo. Actuellement, beaucoup d'auteurs donnent même à cette kérato-conjonctivite le nom d'impétigineuse, d'une part pour ne préjuger en rien de l'anatomie pathologique, d'autre part parce que la fréquence de l'impétigo chez les malades leur semble indiquer cette dénomination, en rapport avec une étiologie probable. Nous ne mentionnons cette infection cutanée que deux fois : dans les observations IX (impétigo du cuir chevelu, de l'aile du nez et de la lèvre supérieure), et XVII (impétigo des fosses nasales).

Comme lésions nasales, nous trouvons des végétations adénoïdes (obs. I), une lésion d'un cornet (obs. XX), une légère rhinite sans exsudation liquide (obs. XXIX). Mentionnons une otite moyenne dans l'observation II.

4° Les quelques rares observations que nous ayons d'autres maladies que la kérato-conjonctivite phlycténulaire

montrent bien notre but de parler surtout de cette dernière. Néanmoins, voici quelques blépharites (obs. XV, XXII, XXX, XXXI, XXXVI), un orgelet (obs. XXV), une dacryocystite (obs. XXXVI), une conjonctivite subaiguë banale sans blépharite (obs. XXXV), deux blépharo conjonctivites (obs. XVIII, XIX).

Ces observations sont là pour montrer que de la même façon que nous croyons à une influence de la phthiriasse sur la kérato-conjonctivite phlycténulaire, nous pensons qu'il pourrait bien en exister une semblable sur les autres affections externes de l'œil. Peut-être même que la blépharite est primitive dans quelques cas de la maladie ci-dessus, sans que nous puissions bien le prouver : elle coexiste assez souvent en effet.

5° La *coexistence la plus remarquable, c'est celle des récidives de phthiriasse et d'ophtalmie* (Les observations VIII, XIII, XVII, XXI, XXIV sont typiques à cet égard) Elle existe d'ailleurs dans presque toutes ; et elle serait sûrement plus souvent signalée si on y songeait. En tout cas, elle est pour nous une preuve que la phthiriasse n'est pas une chose indifférente dans les causes de l'ophtalmie phlycténulaire.

6° Les récidives de cette dernière en allongent fréquemment l'évolution, en provoquant d'autres lésions. D'autre part, l'affection traîne souvent en longueur sans qu'on sache pourquoi. *Le meilleur moyen de couper court est de traiter à la fois l'œil et les cheveux* ; puis les parasites disparus, de bien recommander aux parents les soins particuliers de la chevelure de leurs enfants, afin qu'elle ne se réinfeste pas. Ce traitement, que nous étudierons plus

en détail, est par ses résultats un de nos meilleurs arguments. Il forme pour ainsi dire la deuxième partie de notre induction purement clinique.

Nous relatons une trentaine d'observations où l'on trouve phthiriasse et ophtalmie phlycténulaire. Mais on pourrait nous opposer facilement la fréquence des parasites chez les enfants de la classe qui vient à la consultation : quoi d'étonnant si, comme le dit Aubert, 8 0/0 seulement de ces enfants n'ont jamais eu ni lentes ni parasites, on en trouve chez ceux qui ont la mauvaise chance d'avoir une kératite ? On pourrait nous demander aussi une statistique des enfants phthiriasiques, venus à une consultation de dermatologie pour leur phthiriasse, avec le chiffre des lésions oculaires qu'on aurait pu trouver chez eux. Enfin et surtout, on peut accuser la nourriture insuffisante ou mal préparée, l'encombrement des logis ouvriers, l'alcoolisme et la syphilis des parents, de prédisposer nos petits malades à deux choses à la fois : à la scrofule et au parasitisme.

Les bons effets du traitement insecticide sur la maladie oculaire, les récides de celle-ci quand reparait le parasite, sont pour nous une bonne réponse. C'est presque tout ce qu'il faut pour établir un rapport de causalité.

II

Mais alors comment agirait la phthiriasse ? Nous sommes assez mal armé pour résoudre la question, puisque l'appui de la bactériologie et de l'expérimentation va faire défaut. L'une a été fouillée sans résultats ; quant à l'expé-

rimentation spéciale qu'il faudrait, nous n'avons malheureusement pas pu l'entreprendre. Les anciens n'eussent pas été embarrassés, puisque jusqu'à il n'y a pas longtemps, le mot phthiriasé désignait une sorte de maladie générale, dont seraient morts, paraît-il, même des hommes célèbres : Sylla, Hérode, Antiochus, etc. On croyait alors que les humeurs et les organes corrompus engendraient spontanément une quantité innombrable de parasites : ceux-ci étaient secondaires à une transformation spéciale de toute la matière. Les yeux par conséquent n'en étaient pas exceptés.

1° Il ne nous est pas permis maintenant d'invoquer, pour expliquer l'action du *pediculus capitis* sur les yeux, l'intermédiaire des infections cutanées qu'il provoque. C'est pourtant, au moins implicitement, l'avis de tous les auteurs ; mais nos observations relèvent si peu souvent l'impétigo, que les autres cas resteraient inexplicables.

2° Nous pouvons au moins faire quelques hypothèses. Nous n'aurons pas la prétention de les prouver d'une façon absolue. Une idée qui se présente de prime abord, c'est que les parasites pourraient bien porter eux-mêmes sur la conjonctive, ou sur les paupières, des microbes pathogènes, le staphylocoque ou un autre. Il est vrai que les parasites se rencontrent rarement fixés dans les cils ou les sourcils. Nous avons que l'observation du professeur Lagrange où ce fait est consigné ; d'ailleurs Guyard le conteste, parce que l'examen microscopique du parasite n'a pas été fait. Néanmoins un *pediculus* peut passer sans s'attarder, et de cette façon infecter la conjonctive. Comment résoudre le problème, puisque nous ne savons pas quel est le microbe, ou

les microbes provocateurs de la maladie ? Nous ne savons pas même si cette maladie est microbienne ; sa contagiosité est sérieusement mise en doute ; et si elle n'est pas contagieuse, l'hypothèse tombe d'elle-même.

3° Mais, le parasite pourrait peut-être provoquer au niveau de la paupière de la conjonctive ou de la cornée, une irritation locale *sui generis*. Cette irritation exalterait la virulence des microbes saprophytes en admettant l'étiologie bactérienne. Ou bien il se passerait un phénomène analogue à celui que Duguet (1) a étudié. Falot et Moursou avaient montré que les taches ombrées n'avaient pas avec la fièvre typhoïde le rapport que l'on enseignait, mais qu'elles étaient dues tout simplement aux piqûres du morpion. Duguet, par des expériences très serrées, prouva que ces taches étaient provoquées par un venin que fournit au phthirius une paire de glandes, situées au niveau de la première paire de pattes. C'est peut-être sur un terrain et par des expériences analogues que l'on pourrait avoir une certitude. Une expérience positive et bien conduite prouve toujours davantage qu'une série de faits difficiles à débrouiller.

L'expérimentation d'ailleurs semble *a priori* présenter quelques difficultés. Bien que Bruns ait réussi à obtenir des phlyctènes conjonctivales chez le lapin en injectant des bacilles tuberculeux morts dans la carotide, nous ne savons pas si l'ophtalmie phlycténulaire se voit chez l'animal, et si nous trouverions un sujet d'étude. Il serait d'ailleurs nécessaire de stériliser les produits de macération qu'on

1. Duguet. *Annales de Dermatologie*, 1880.

voudrait injecter ou faire absorber par les membranes oculaires ; et alors les produits toxiques seraient peut-être détruits. Si on ne stérilise pas, les microbes adventices viendraient gêner l'interprétation des expériences.

En somme, il est possible qu'il se passe quelque chose de moins violent, de moins agressif pour les tissus, mais analogue à une petite brûlure, ou bien à la réaction qui se produit sur la muqueuse linguale d'un chien, quand on fait l'épreuve de la cantharidine. Dans notre cas, les tissus seraient moins irrités : il y aurait plus souvent une simple congestion qui développerait peu à peu un amas lymphatique en un point, et quelquefois une véritable vésicule ; le petit point hémorragique décrit par Von Michel serait le début de tout.

D'ailleurs, l'existence de venins est un fait général chez les insectes parasites de l'homme. Moquin-Tandon, Hardy leur ont attribué avec raison les vésicules perlées du sillon de l'acare. Le prurit causé par n'importe quel pou est dû à un venin, et non à la minime lésion provoquée par les mandibules. Il est même probable (Dubreuilh) que la mélanodermie des vieux vagabonds phthiriasiques est moins le fait de l'irritation chronique du grattage, ou de la résorption de l'extravasat sanguin, que celui du produit inoculé par la piqûre du *pediculus*.

Quant aux lentes, nous ne croyons pas qu'elles aient un rôle particulier. Leur présence indique simplement qu'il y a des poux.

Il se peut aussi que le *pediculus capitis* ait une influence pareille sur quelques affections oculaires autres que la kérato-conjonctivite phlycténulaire ; soit qu'il apporte lui-

même des microbes, soit qu'il produise une irritation locale, agissant par elle seule ou en exagérant les propriétés pathogènes des organismes qui vivent en saprophytes : streptocoque, staphylocoque, etc. Il est clair, par exemple, qu'on ne pourrait pas expliquer l'observation XXXVII tout entière par la phthiriasé, sans avoir à tenir compte de l'intervention microbienne.

CHAPITRE V

Traitement

Les bons effets du traitement de la phthiriasis conduisent naturellement à le combiner avec le traitement de l'ophtalmie phlycténulaire.

I. — De celui-ci, nous ne dirons pas grand'chose. Contre la conjonctivite, on prescrira la cocaïne, les compresses chaudes, la pommade à l'oxyde de zinc ou quelquefois au calomel à 1/100 ; le port des lunettes fumées, de préférence au pansement occlusif. Quand l'état général est défectueux, on se trouvera bien de l'huile de foie de morue, du sirop iodotannique, etc.

S'il y a des lésions cornéennes, surtout un ulcère, on met alors un pansement occlusif. On fait des instillations répétées de collargol à 1/20 ou 1/40, de cocaïne, d'atropine quand il y a une indication ; puis l'affection un peu apaisée, on se sert de la pommade jaune.

2° Pour débarrasser les cheveux de leurs parasites, les moyens sont nombreux. Le plus pratique, surtout chez les petits garçons, est de couper ras à la tondeuse, puis de les soigner à la pommade au calomel, ou à la vaseline iodo-

formée, ou avec un mélange à parties égales d'huile de pétrole et d'huile d'olives. Les applications sont faites à trois ou quatre jours d'intervalle, et les cheveux sont nettoyés tous les matins avec de l'eau chaude et du savon. Un bon moyen aussi, qui ne fait pas redouter une intoxication, c'est d'emprisonner pendant six ou huit heures sous un pansement la chevelure, après l'avoir imbibée d'alcool camphré.

S'il y a de l'impétigo, il faut d'abord faire tomber les croûtes par des cataplasmes de fécule ou de farine de lin ; puis, on touche avec un désinfectant approprié, soit l'eau d'Alibour, soit surtout le protargol à 1/10 qui réussit très bien.

Le traitement insecticide peut tuer les lentes, mais ne les fait pas tomber : elles restent adhérentes aux cheveux grâce à la chitine qui les enveloppe. Le vinaigre blanc chaud dissout cette chitine, et alors le peigne fin peut aller débarrasser mèche par mèche la chevelure de ces œufs. Si une seule tentative ne réussit pas, et c'est presque la règle, il n'y a qu'à recommencer.

Enfin nous avons déjà dit avec quel soin il fallait éviter les récidives de phthiriasis. C'est une affaire d'hygiène, de petits soins à bien recommander au malade ou à ses parents.

CONCLUSIONS

I. — La pédiculose de la tête coexiste très fréquemment avec les affections oculaires externes, et en particulier avec la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

II. — Elle joue un rôle, sans doute assez important dans leur apparition, et ne s'expliquant pas seulement par les lésions d'infection cutanée secondaires au parasitisme.

III. — Ce rôle, que nous ne pouvons pas interpréter pour le moment, semble mis en évidence par l'action thérapeutique indiscutable du traitement antiparasitaire ; et d'autre part par la coïncidence remarquable de la réapparition de la pédiculose, et des récidives de l'affection oculaire.

IV. — Aussi doit-on faire suivre au malade un traitement insecticide parallèlement au traitement oculaire.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie d Paris
LIARD

